

P-009

リンパ濾胞形成を伴い、粘膜下腫瘍様形態を呈した高分化型早期胃癌の1例

鳥取赤十字病院 内科¹⁾、外科²⁾、病理³⁾

○綾木 麻紀¹⁾、堀江 聡¹⁾、柏木 亮太¹⁾、満田 朱理¹⁾、松永 典子¹⁾、田中 久雄¹⁾、山代 豊²⁾、山根 哲実³⁾

症例は70歳の男性。検診の胃透視で異常を指摘され、近医での内視鏡検査の結果、胃体下部大弯に20mm大の粘膜下腫瘍様の形態を呈す隆起性病変をみとめた。生検にてadenocarcinomaと診断され、手術目的に当院へ紹介となった。手術は胃幽門側切除を施行し、病理組織学的検討の結果、粘膜下に多数のリンパ濾胞をとまう高分化型腺癌の所見がみられた。EBvirus associated adenocarcinomaの可能性を考えたが、EBV encoded small RNA in situ hybridization(EBER-ISH)は陰性であった。Gastric carcinoma with lymphoid stromaは低分化型腺癌にみられることが多く、本症例のように高分化型腺癌にリンパ濾胞を多数ともなう症例は大変珍しく、文献的考察を加え、報告する。

P-011

当院における悪性胃十二指腸閉塞に対する内視鏡的十二指腸ステント留置の現状

高松赤十字病院 消化器科

○松中 寿浩^{まつなか としひろ}、柴峠 光成^{しほのり}、野田 晃世^{ののり}、森岡 弓子^{ののり}、上田 祐也^{ののり}、宮本由貴子^{ののり}、野上 明子^{ののり}、吉岡 正博^{ののり}、石川 哲朗^{ののり}、小川 力^{ののり}、玉置 敬之^{ののり}

【目的】悪性胃十二指腸閉塞:Gastric outlet obstruction(GOO)は、経口摂取不能、嘔気、嘔吐など消化器症状を伴い癌患者のQOLを著しく低下させる。以前は、胃空腸吻合術の適応のないGOOに対して十二指腸専用のデバイスがなかったため、ステント留置術は普及しなかった。内視鏡を通して留置可能な十二指腸ステントが2010年4月に保険収載され本邦でも使用可能となった。当院におけるGOOに対する内視鏡的十二指腸ステント留置術の有用性を検討する。

【対象】2010年5月から2012年5月まで、悪性GOOに対して内視鏡的十二指腸ステント留置術を施行した8例(男性5例、女性3例)。平均年齢は、73.9歳(42-89歳)。疾患の内訳は、胃癌3例/膵癌2例/胆管癌1例/十二指腸癌1例/虫垂癌・腹膜播種1例。使用ステントは、WallFlex duodenal stent(Boston Scientific)5例/Niti-S duodenal stent(Taewoong Medical)3例。摂食状況は、Gastric Outlet Obstruction Scoring System(GOOS)にて評価した。

【結果】ステントの挿入手技成功率は100%で、合併症をみとめず。平均手技時間:24分(12-45分)。処置前のGOOS:0点7例/1点1例に対し、処置後のGOOS:1点2例/3点6例と、すべての症例で改善を認め経口摂取が可能となった。8例のうち死亡例は6例で、その平均生存期間は51日(18-96日)、3例で一旦は自宅退院可能であった。化学療法中の1例は、再開可能となった。胆膵癌3例のうち、2例は術前に、1例は術後に胆道ステントを留置した。

【結論】GOOに対して、内視鏡的十二指腸ステント留置術は安全に施行でき、経口摂取が可能となることでQOL改善に有用であった。今後、嘔吐や低栄養状態を来す前に、より早期に適応を判断することによりさらなるQOLの改善が得られる可能性が示唆された。

P-010

胃GISTに対するEUS-FNA後に出血および敗血症を来した1例

伊達赤十字病院 消化器科¹⁾、伊達赤十字病院 内科²⁾、伊達赤十字病院 外科³⁾

○岡川 泰^{おかかわ たい}、久居 弘幸^{ひさゆき}、小柴 裕^{こしば ゆう}、和田 浩典^{わたり ひろのり}、嘉成 悠介^{かじょう ゆうすけ}、宮崎 悦^{みやざき えつ}、前田 喜晴^{まえだ きはる}、佐藤 正文^{さとう ぶんしん}、川崎 亮輔^{かわさき りょうすけ}、行部 洋^{ぎょうべ ひろ}、中島誠一郎^{なかしま せいいちろう}

超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)は有用な検査であるが、まれながら重篤な偶発症の報告も散見される。今回、胃GISTに対するEUS-FNA後に出血および敗血症を来した1例を経験し、貴重な症例と考えられたので報告する。

症例は50代、男性。平成23年9月下旬に吐血あり、その後も黒色便あり、全身倦怠感増強し、11月下旬に当科受診。Hb 2.5g/dlと著明な貧血あり、EGDで体上部後壁に潰瘍を伴う6cm大の粘膜下腫瘍様病変を認め、潰瘍部より湧出性出血を認めたため、アルゴンプラズマ凝固(APC)による止血術施行後に入院となった。CTでは15cmの不均一に増強される腫瘤であり、EUSでは第4層と連続する内部不均一な腫瘤として描出された。RCC輸血にて状態改善後、19G針にてEUS-FNAを施行した(穿刺回数2回)。組織診の結果は、c-kit(+), CD34(+), MIB-1 labeling index 2%であり、GIST、高リスクと診断した。EUS-FNA施行2日後より39~40℃の発熱が出現し、静脈血培養でMRSAが検出され、抗菌薬、ガンマグロブリン、ダナパロイドなどの投与を行ったが、敗血症のコントロールは不良であった。EUS-FNA7日後には貧血が進行し、EGDで穿刺部位からの出血を認め、APCで止血処置を行い、その後4日連続で止血術を繰り返した。出血のコントロールがつかないことから、FNA施行12日目に胃全摘術を施行した。腫瘍径15x10.5x7cm(T4)、核分裂数5/50HPF(G2)、N0、Stage IIIB(UICC-TNM)、転移リスク分類(Miettinen)高リスクであった。敗血症は改善せず、術後3病日にDICの悪化により、12月中旬に永眠された。

P-012

ループス腸炎を疑った1例

大分赤十字病院 消化器内科

○石田 哲也^{いしだ てつや}、高橋 健^{たかはし けん}、永松 秀康^{ながまつ ひさやす}、上尾 哲也^{かみお ちや}、成田 竜一^{なりた りゅういち}、占部 正喜^{しほべ まさき}、柳井 優香^{やなぎい ゆうか}、都甲 和美^{みやぎ みづみ}

32歳 男性 30歳頃から嘔吐や下痢で入退院を繰り返していた。その際 腹部CTで遠位回腸の壁肥厚を認めたが本人の希望ですぐに退院したため さらなる原因検索ができず経過観察されていた。2011年11月に嘔吐、下腹部痛、下痢で、8回目の当科入院となった。30歳時は体重が110kg程度であったが、体重減少が続き、今回入院時は65kgであった。頬部に皮疹あり、蝶形紅斑様であった。この時点で初めて膠原病を疑った。採血で抗核抗体などが陽性であった。腹部CTでは小腸全体に壁肥厚を認めた。腹水は認めなかった。低蛋白血症は呈していなかった。当院リウマチ科に相談しSLEの診断基準を満たしたため 消化管病変はSLEに伴うループス腸炎と診断した。ステロイド投与により症状改善し退院した。小腸壁肥厚をきたす疾患の鑑別診断としてループス腸炎を挙げるが必要であると実感させられた。

一般演題
10月18日(木)